

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 66

RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE GÉNITALE

A PROPOS DE QUELQUES CAS D'ÉPIDIDYMECTOMIE
ET DE CASTRATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1920

PAR

COCURAT (Charles-Louis-Joseph-Victor)

Né à Andelat (Cantal), le 25 juin 1890

Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

(Croix de Guerre)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur. *Président.*

ESTOR, Professeur.

SOUBEYRAN, Agr. lib.

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14. Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920

RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE GÉNITALE
A PROPOS DE QUELQUES CAS D'ÉPIDIDYMECTOMIE
ET DE CASTRATION



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 66

RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE GÉNITALE
A PROPOS DE QUELQUES CAS D'ÉPIDIDYMECTOMIE
ET DE CASTRATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1920

PAR

COCURAT (Charles-Louis-Joseph-Victor)

Né à Andelat (Cantal), le 25 juin 1890

Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

(Croix de Guerre)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*

ESTOR, Professeur.

SOUBEYRAN, Agr. lib.

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14. Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱), a. l. e. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, prof., présid.; ESTOR, prof.; SOUBEYRAN, agr. lib.;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A.-P. COCURAT

A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

CH. COCURAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

CH. COCURAT.

AVANT-PROPOS

Au risque de paraître le « laudator temporis acti » dont se moquait le poète latin, nous ne pouvons nous souvenir sans émotion, au moment de quitter la Faculté, de nos années d'étude, de nos enthousiasmes et de nos espoirs de jeune étudiant.

Nous gardons toujours intacte cette foi en notre art que surent nous inspirer nos premiers maîtres de l'Ecole de Clermont-Ferrand : M. le Dr Bousquet, directeur de l'Ecole, dont la bienveillance nous fut très sensible ; M. le Dr Maurin, professeur de clinique médicale ; M. le Dr Buy, professeur d'anatomie. Nous leur devons le plus clair de notre formation clinique : qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Après la longue interruption de la guerre, dont les hasards nous ont permis de voir de près d'autres cultures qui nous ont rendu d'autant plus chère la formation française, l'accueil aimable et l'enseignement des Maîtres de la Faculté de Montpellier ont su nous faire retrouver le goût, un peu émoussé, du travail. Nous les en remercions, et spécialement M. le professeur Tédénat

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de dire notre gratitude à M. le Dr Pakowski, chirurgien des hôpitaux de Clermont, qui, après avoir été notre guide bienveillant pendant de longs mois de pratique, a bien voulu nous diriger dans ce travail et nous communiquer les observations qui en font, en partie, l'intérêt.

RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE GÉNITALE
A PROPOS DE QUELQUES CAS D'ÉPIDIDYMECTOMIE
ET DE CASTRATION

INTRODUCTION — HISTORIQUE — ÉTIOLOGIE

Au centre urologique de la XIII^e Région il nous fut donné de voir de nombreux cas d'orché-épididymite tuberculeuse ; de nombreuses observations nous furent en outre communiquées. Il nous a paru intéressant à ce propos de faire une revue des procédés de traitement de la tuberculose génitale et de mettre en relief les quelques points particuliers que présentent ces observations au point de vue traitement chirurgical.

Perdue pendant longtemps dans le groupe confus des orchites chroniques, la tuberculose testiculaire ne fut vraiment individualisée que par la thèse de Reclus (1876). Avant lui Bayle, Cooper, Ricord, lui avaient consacré des études. Dufour (1854) publie le premier travail d'ensemble sur la question. Grancher démontre la nature tuberculeuse des lésions, contestée par Richet et Vir-

chow. Verneuil, Conheim étudient la porte d'entrée du bacille. Guelliot (thèse de 1883) parle de la tuberculose des vésicules séminales. En ces vingt dernières années on s'est surtout occupé de l'étude du traitement de cette affection et de sa pathogénie.

Laissant de côté la tuberculose vésiculo-prostatique, nous ne nous occuperons que de la tuberculose orchio-épididymaire plus fréquente et, le plus souvent, première en date comme le montrent la clinique et l'évolution des lésions vésiculo-prostatiques à la suite du traitement.

Primitive, ou secondaire à d'autres localisations tuberculeuses, la tuberculose génitale, dont un traumatisme est souvent la cause occasionnelle, est unilatérale au début et se localise à l'épididyme. Le testicule est sain dans les trois quarts des cas au début ; plus tard le corps d'Ilighmore et la glande se laissent envahir. Il est bien établi aujourd'hui que l'infection n'a point, sur la tête ou la queue de l'épididyme, de ces localisations électives, que certains auteurs avaient admises et qui eussent aidé au diagnostic.

Anatomie pathologique. — L'épididyme est hypertrophié, à nodosités de grosseur variable, dures (stade marron cru) ou ramollies, véritables cavernes remplies d'un magma caséeux ou puriforme. Les lésions du canal déférent sont continues et vont en s'estompant à partir de l'épididyme, ou discontinues et nodulaires à contenu caséeux (von Beck-Hueter).

Dans le testicule, des granulations grises qui évoluent vers la sclérose ou vers la caséification pendant que, le plus souvent, la glande réagit en s'hypertrophiant, prenant ainsi un aspect néoplasique.

La vaginale, dit Reclus, est toujours altérée, et cette

vaginalite amène de l'hydrocèle à liquide citrin ou séropurulent, ou de la pachyvaginalite avec symphyse des deux feuillets ; le plus souvent forme mixte avec hydrocèle et fausses membranes cloisonnantes.

Si les lésions sont très avancées, de véritables abcès se font jour à l'extérieur à travers le scrotum, adhérant aux plants sous-jacents par inflammation de voisinage ; ces fistules, aux orifices ulcérés ; décollés et violacés, sont presque toujours situées à la partie postéro-latérale des bourses.

Symptômes. — Le début de la tuberculose orchiepépidymaire est parfois bruyant avec réactions violentes douloureuses. Habituellement il est lent, insidieux, indolore, avec hydrocèle et augmentation du volume de l'épididyme dont la forme générale est conservée mais qui présente des noyaux à la tête ou à la queue. Puis viennent les signes prostatovésiculaires : nodules et « injection au suif » des vésicules ; troubles urinaires : pollakiurie, douleurs à la miction. Au stade ultime, suppuration qui s'écoule par l'urètre. Fistulisation du scrotum après adhérences de la glande aux enveloppes des bourses. Etat général mauvais.

Diagnostic. — L'orchiepépidymite tuberculeuse aiguë est très rare : Epididyme bosselé, déférent moniliforme, état général mauvais, peu de douleur, empêcheront de la confondre avec les autres orchiepépidymites à évolution aiguë, gonococcique, coli-bacillaire, ourlienne, etc... L'anamnèse et la symptomatologie spéciale de la tuberculose génitale chronique, forme la plus commune, rendront le diagnostic facile avec les autres affections chroniques orchiepépidymaires (néoplasique, syphilitique,

gonococcique); sans parler des procédés de laboratoire auxquels on peut faire appel.

Signalons cependant une affection, la phlébite variqueuse des veines du cordon à la partie inférieure, qui peut facilement induire en erreur comme en témoigne l'observation suivante :

OBSERVATION I (inédite). — P..., 348^e Infanterie. Opéré le 17 mai 1918. Diagnostic initial : Épididymite tuberculeuse. Anesthésie chloro. La technique opératoire est celle de l'épididymectomie par voie inguinale : luxation de la glande dans la plaie, ouverture de la vaginale. On constate alors, et alors seulement, qu'il s'agit d'un gros paquet variqueux enflammé, de la taille d'une noix environ, situé à la partie inférieure du cordon et adhérant intimement à la queue de l'épididyme, le déférent étant étranglé par le paquet variqueux. Résection en bloc de ce paquet et ablation de la vaginale. L'épididyme sain est laissé en place. Hémostase. Réfection des parois. Guérison *per primam*.

Tuberculose génitale chez l'enfant. — Il est utile de distinguer une forme de tuberculose génitale, celle de l'enfant, qui diffère de celle de l'adulte tant au point de vue anatomo-clinique que thérapeutique. Étudiée depuis moins longtemps, ce sont Julien (1890), Deschamps (1891) et surtout Hutinel qui en ont fixé les principaux caractères. Peu fréquente, elle apparaît dans les premières années de la vie ; les lésions sont localisées à l'épididyme et au testicule, celui-ci étant le plus souvent atteint et subissant la transformation fibreuse (Cruveilhier). Comme l'a établi Hutinel, les lésions prédominent le long des vaisseaux, dans le tissu interstitiel, avec peu de virulence et tendance à la sclérose et à la guérison.

Sauf complications tuberculeuses sur d'autres organes, cette tuberculose infantile, au dire de Hutinel et Julien, n'offre aucune gravité au point de vue général.

Le traitement est surtout médical, et, si l'évolution rapide avec menace d'abcès et retentissement sur l'état général oblige à intervenir chirurgicalement, il ne faut point recourir à la castration qui n'est qu'un pis-aller quand ce foyer tuberculeux met les jours de l'enfant en danger. Il suffira le plus souvent de curettage, cautérisation, modification de la plaie au moyen de teinture d'iode, chlorure de zinc, etc.

ANATOMIE NORMALE DU TESTICULE

Nous allons résumer l'anatomie topographique du testicule, de l'épididyme, du cordon et de la vaginale, en insistant sur quelques points particuliers qui doivent être présents à l'esprit pour l'étude du traitement chirurgical et la compréhension de la technique opératoire.

Le testicule, ovoïde aplati transversalement, présente deux faces latérales convexes; deux bords antéro-inférieur et postéro-supérieur; deux pôles, l'un supérieur, l'autre inférieur. L'épididyme le surmonte, couché sur le bord postéro-supérieur, empiétant sur la face externe. Il adhère au testicule par son extrémité antérieure ou tête et par son extrémité postérieure ou queue, tandis que la partie intermédiaire ou corps en est séparée par un cul-de-sac vaginal.

Le groupe anatomique formé par les deux organes, bien que mobile, présente une position invariable, sauf anomalie de position ou inversion de l'un ou des deux organes. Son grand axe est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière.

La séreuse d'enveloppe, dérivée génétiquement de la séreuse abdomino-pelvienne, présente deux feuillets, cir-

conscrivant une cavité. Dans la tuberculose ces feuillets peuvent acquérir jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. La vaginale n'entoure pas complètement le testicule et l'épididyme, laissant en dehors d'elle le bord postéro-supérieur du testicule et une partie de la face supéro-interne par où le paquet vasculo-nerveux aborde la glande ; pour l'épididyme, la queue toute entière et le bord interne du corps et de la tête sont aussi en dehors de la séreuse. En ces points les deux organes peuvent être accessibles sans ouverture de la vaginale. Par cette voie rétro ou extra-vaginale (Quénu, 1896, Tillaux), on peut faire le curettage, la cautérisation, l'extirpation partielle de l'épididyme et du testicule. Mais cette voie est dangereuse quand il s'agit de pratiquer la résection typique de l'épididyme, car on risque de léser les vaisseaux et les nerfs qui vont au testicule ou en partent, émergeant du bord postéro-supérieur, véritable hile vasculaire, s'étendant depuis la queue jusqu'un peu en arrière de la tête de l'épididyme.

Pour éviter cette zone dangereuse, dans l'épididymectomie typique (Bardenhauer, Villeneuve) on aborde l'épididyme par la voie intravaginale. L'épididyme fait saillie dans la cavité séreuse, et il est relativement facile de l'isoler des vaisseaux, surtout si, comme le conseille P. Delbét, on tire en même temps sur le testicule pour tendre les éléments du cordon.

Le cordon, pédicule de la glande génitale, s'étend de son bord postéro-supérieur à l'orifice profond du canal inguinal. Il est composé des vaisseaux et nerfs, et du déférent, « en corde de fouet » à l'état normal, bosselé « en chapelet » dans la tuberculose. Né à la queue de l'épididyme, le déférent chemine sur le bord interne de celui-ci, puis l'abandonne à la partie moyenne pour se

porter verticalement en haut, en rapport en avant avec l'artère spermatique et ses veines, en arrière avec la déférentielle et la funiculaire qu'accompagne le groupe veineux postérieur.

L'artère spermatique, branche de l'aorte abdominale, est la plus volumineuse des trois artères du cordon. Elle gagne le côté interne de l'épididyme qu'elle atteint à l'union de la tête et du corps. Se dirigeant en bas et en arrière, elle croise obliquement le corps de l'épididyme, arrive sur le bord supérieur du testicule, le longe d'avant en arrière et au voisinage du pôle postérieur se partage en deux branches terminales qui irriguent le testicule. Dans ce trajet elle abandonne deux collatérales à l'épididyme. — L'artère déférentielle, branche de la vésicale inférieure, accompagne le déférent jusqu'à son origine. remonte le long de l'épididyme et vient s'anastomoser à plein canal avec l'artère épididymaire postérieure, branche de la spermatique; de cette arcade partent des rameaux pour le pôle postérieur du testicule. — La funiculaire, branche de l'épigastrique, arrivée à la queue de l'épididyme s'anastomose largement avec les deux précédentes. Ces anastomoses entre les trois artères sont le caractère dominant de cette irrigation, ce qui nous permet de comprendre que la vitalité de la glande ne soit point compromise pour peu que l'opération ait respecté au moins une des trois artères.

Le cordon, dans son trajet inguino-scrotal, est d'accès facile puisqu'il n'y a qu'un plan à inciser : la peau.

TRAITEMENT

Traitement médical. — Ayant surtout en vue dans ce travail l'étude du traitement chirurgical, nous ne dirons que quelques mots du traitement médical. Préférable pendant la période préantiseptique, alors que les interventions opératoires étaient très aléatoires, le traitement général médical fut bien codifié par Reclus ; à part quelques soins locaux (immobilisation de l'organe par un suspensoir ouaté, frictions à la pommade gaïacolée), le traitement médical est surtout celui de la tuberculose en général : huile de foie de morue, préparations iodo-tanniques, phosphatées, arsenicales, créosotées ; régime fortifiant, viande crue ; séjour aux bords de la mer ; eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn, de Biarritz ; héliothérapie. Depuis l'étude des vaccins et des sérums on s'est efforcé de trouver un traitement vraiment spécifique. De grands espoirs ont été fondés sur l'emploi de la tuberculine ; de bons résultats ont été obtenus, signalés entre autres par Fournier dans sa thèse (Bordeaux, 1917). Le Congrès d'urologie de 1912 s'est montré, cependant, très sévère à l'égard de cet agent spécifique antituberculeux.

Le traitement médical est indiqué dans une tuberculose épидидymaire au début et dans les formes tendant vers la sclérose. Il va sans dire que c'est un excellent adjuvant par son action sur l'état général et qu'il doit être employé également quand le traitement chirurgical sera seul de mise, c'est-à-dire quand la glande contient des collections purulentes ou déjà fistulisées.

Traitement chirurgical. — HISTORIQUE. — La castration, préconisée au début du XIX^e siècle, fut vite délaissée par les chirurgiens à cause de sa mortalité élevée. Dupuytren (1832) et Cooper (1837) ne la conseillent que comme dernière ressource. Malgaigne et Verneuil conseillent de respecter la glande à cause de son rôle moral et physiologique. On se rejette alors sur les petits procédés opératoires, les caustiques les plus variés : potasse, pâte de Canquoin, teinture d'iode, sont préconisées par Thierry (1843), Bonnet, Velpeau. La cautérisation ignée et l'ignipuncture profonde sont étudiées par Velpeau, Verneuil, Larrey, Evrard, Reynier. Puis ce sont les injections modificatrices : éther iodoformé à 10/100 de Verneuil et Verchère, naphtol camphré de Reboul, glycérine iodoformée de König, méthode sclérogène de Lannelongue, méthode de Calot. Le danger des injections, c'est de créer des fistules. Avec l'ère antiseptique et aseptique la castration revient en honneur et est acceptée par presque tous les chirurgiens. Bientôt cependant on se refuse à cette opération radicale, quand est mieux connu le rôle physiologique de la sécrétion interne du testicule.

On en arrive aux épидidymectomies partielles préconisées déjà par Bérard (1834), par Malgaigne (1851). Bardenhauer décrit l'épididymectomie totale (1880) et

Villeneuve introduit la méthode en France où elle est bientôt pratiquée par la plupart des chirurgiens.

Avec Ullmann (1890), Villeneuve (1891), Baudet-Gueillot, on va beaucoup plus loin et on fait l'ablation complète des voies génitales, testicules, vésicules et déférent, soit par voie inguinale, soit par voie périnéale. Maclaure (1899) préconise la ligature du cordon en entier qui amènerait l'atrophie du testicule et la régression des lésions, d'après le principe des ligatures atrophiées (Harvey).

En résumé, les procédés opératoires peuvent se ramener à trois groupes : 1° Procédés que nous appellerons de petite chirurgie, curettage, grattage, excision des noyaux tuberculeux ; 2° Castration ; 3° Épидidymectomie.

Procédés de petite chirurgie. — Pour Routier, s'il existe des abcès on les ouvre largement au thermocautère, on grille les parois et au cours de la guérison on touche au chlorure de zinc les parois bourgeonnantes si elles paraissent suspectes. S'il y a des fistules on en brûle les trajets ; dans les fongus on abrase la partie herniée, et on cautérise la surface de section.

Qu'il s'agisse de tubercules ramollis ou non, Quénu met le foyer à nu au moyen d'une incision ; puis, à la curette, il extirpe les foyers caséux, ou les nodules « marron cru » ; cautérise au thermo ou au chlorure de zinc. Si les parties molles sont saines il réunit *per primam* ; dans le cas contraire il attend la réunion secondaire (Lozé Journal des praticiens).

Castration totale. — Ablation du testicule, de l'épididyme et du cordon, la castration, grâce aux progrès de la technique chirurgicale, n'a plus maintenant que des

indications très restreintes. « Elle ne saurait plus être aujourd'hui, dit Legueu, érigée en traitement de choix de la tuberculose testiculaire ; c'est une opération de nécessité à utiliser quand on ne peut faire moins, c'est-à-dire quand le testicule est lui-même envahi par la tuberculose au point que toute conservation est devenue impossible », quand l'état général est mauvais, dans les formes aiguës et dans les formes hypertrophiées (Tuffier), en un mot quand la tuberculose testiculaire se présente avec l'aspect, le volume et la marche d'une tumeur maligne. Quand le testicule n'est pas transformé en une poche purulente, criblé de fistules, il est difficile de juger les lésions par le simple examen externe. Dans ce cas, avant de pratiquer la castration, il faut faire une orchidotomie, préconisée par Pierre Delbet et Poncet, pour se rendre compte de l'état de l'organe et savoir s'il doit être enlevé ou conservé.

Voici deux observations de castration totale :

OBSERVATION II (inédite). — Y. J..., 8^e Artillerie. Diagnostic : Tuberculose épидидymo-testiculaire droite. Intervention du 26 avril 1918. Anesthésie chloro. Incision inguinale ; ouverture du canal inguinal. Dissection du déférent, ligature et section haute. Luxation de la glande dans la plaie. Libération pénible en raison des adhérences scrotales consécutives à la cure radicale d'une hydrocèle, pratiquée quelques mois avant. La glande libérée, on sent par la palpation un noyau induré au niveau du corps d'Highmore. Incision exploratrice du testicule dans toute son étendue. On constate que le parenchyme est farci de granulations tuberculeuses. Dans ces conditions il est impossible de conserver la glande, et on fait une castration. Hémostase, attouchement au thermo. Réfection des parois ; drainage filiforme. Guérison *per primam*.

Examen des pièces : Epididyme : Gros noyaux caséeux occupant tout l'organe. Testicule : à la coupe, semis de granulations de la

taille d'un grain de millet, non confluentes. Infiltration en masse du corps d'Highmore. Déférent : Pas de lésion macroscopique dans son trajet inguinal et scrotal ; à sa partie inférieure il fait intimement corps avec l'épididyme dont il est impossible de le dissocier.

OBSERVATION III (inédite). — P., 47 ans. En avril 1917, le malade constate une augmentation progressive du testicule droit : organe douloureux, pollakiurie nocturne. L'examen montre un testicule droit de la grosseur du poing, dur, légèrement irrégulier, sans épanchement de la vaginale. Le déférent est gros et irrégulier, rien à la prostate et aux vésicules séminales. Urines claires. Intervention le 10 juillet 1918. Anesthésie chloro. Incision inguinale ; luxation du testicule dans la plaie, ouverture de la vaginale très épaissie, petite lame de liquide citrin entre les feuillets. Testicule très gros, épididyme très adhérent et enveloppé dans une gangue fibreuse. Orchidotomie pour voir les lésions ; on trouve un très gros abcès développé dans le parenchyme et occupant la presque totalité de l'organe. Castration. Drainage filiforme. Guérison *per primam*.

Castration « partielle ». — Si l'orchidotomie nous a permis de constater qu'il n'y a qu'une faible partie du parenchyme glandulaire d'envahi, mais qu'à côté se trouve des portions parfaitement saines, il est tout à fait contre-indiqué de faire une castration totale. « Coupe-t-on le bras ou la jambe parce qu'on a une tumeur blanche du coude ou du genou ? » demande judicieusement Bazy. Nous allons tailler dans le testicule, enlever les parties malades comme on enlève un point gâté dans un fruit, dit Delbet ; et refaire, avec ce qui restera de tissu sain, un organe présentable. Nous conserverons au malade le bénéfice de la sécrétion interne de la glande, sécrétion peu connue, mais qui a cependant, comme l'a démontré Brown-Séquard, une influence considérable sur l'éco-

nomie, en particulier sur l'activité des centres nerveux ainsi que sur les caractères sexuels secondaires. D'autre part, bénéfice moral pour le malade, car on connaît bien l'influence de l'ablation des testicules sur l'état psychique des opérés ; et ceci est un argument fort important en faveur des opérations conservatrices.

Malgaigne parla le premier du « testicule moral » et, à la suite de Dupuytren, tous les auteurs ont cité des cas où la castration fut suivie de lipémanie, d'hypochondrie et de suicide. Le malade guéri sera heureux de constater que son testicule lui reste ; il ne vaut pas cher, c'est vrai ; mais il est bien à lui et il le préférera même à un organe artificiel. — Il serait fort intéressant de connaître les modifications histologiques que subit le tissu glandulaire au niveau des sutures et des surfaces de section à la suite de l'orchidotomie et de la castration partielle ; nous n'avons pas trouvé dans la littérature de précision à ce sujet. Quoi qu'il en soit, une telle glande modifiée garde sûrement son activité au point de vue sécrétion interne ; les physiologistes nous ont démontré que des morceaux de glande, thyroïde ou autre, greffés sous la peau ou dans les tissus, vivent et sécrètent ; à plus forte raison le testicule qui garde ses connexions vasculaires et nerveuses.

OBSERVATION IV (inédite). — V. E..., 32 ans, 230^e Infanterie. Diagnostic : Orchi-épididymite tuberculeuse gauche avec hydrocèle droite et noyaux prostatiques. L'hydrocèle droite a débuté à 15 ans ; restée longtemps stationnaire elle a augmenté beaucoup depuis le gonflement du testicule gauche. Depuis décembre les douleurs s'atténuent et n'apparaissent qu'à l'occasion de la fatigue ou de la marche. L'épididyme gauche est irrégulier, bosselé, de dureté variable suivant les points, très augmenté de volume, coiffant complètement le testicule. Le déférent est moniliforme, la vésicule

droite légèrement injectée, la prostate présente des noyaux durs sur les deux lobes, surtout à droite.

Intervention le 13-1 1917. — Anesthésie chloro. Incision inguinale. Ligature et section du déférent au thermo. Enucléation du testicule dans la plaie, incision de la vaginale très adhérente à la glande. Epididyme énorme, plan de clivage difficile à trouver ; dans ces manœuvres de libération plusieurs abcès s'ouvrent, il en sort du pus grumeleux caractéristique. Vers le sommet du testicule, tout contre le cordon, existe un noyau caséeux. On l'extirpe, la plaie est cautérisée au thermo. Hémostase. Drainage par drains. Une fistule scrotale a persisté assez longtemps (2 mois environ), au point où le drain traversait le scrotum. La cicatrisation a fini par être complète. Trois semaines après, cure de l'hydrocèle sous anesthésie locale.

OBSERVATION V (inédite). — B. M..., 33 ans, R. C. du Maroc.

Diagnostic : Epididymite tuberculeuse droite. Testicule et épидидyme droit énormes. Gros abcès ouvert à la partie antérieure des bourses, près du raphé. Pus grumeleux. Testicule gauche atrophié ; cette atrophie est survenue en 1912, à la suite d'une épидидymite gauche, non opérée, qui a suppuré pendant deux mois. Vésicule séminale droite quelque peu indurée. Rien à la prostate. Urines claires et limpides, pas de troubles urinaires.

Intervention le 18-1 1917. — Chloro. Incision inguinale, libération du déférent et section au thermo. Luxation du testicule dans la plaie. Dissection de l'épididyme après avoir taillé un médaillon dans le scrotum pour circonscrire la fistule. Un noyau caséeux se trouve entre la tête de l'épididyme et le pôle supérieur du testicule, envahissant ce dernier. On le sculpte en plein parénchyme, cautérisation de la cavité au thermo. Après ces manœuvres, il ne restait de la glande que la coque fibreuse tapissée par environ 1/2 centimètre de tissu glandulaire. On rapproche en bourse, suture de l'albuginée. Hémostase, réfection de la paroi, drains ; fistule persistante pendant un mois environ.

EPIDIDYMECTOMIE

Si le traitement est entrepris assez tôt, ou si les lésions sont moins étendues que dans les cas précédents, il est une opération de choix, économique et cependant radicale, qui, tout en conservant le testicule, nous permettra d'enlever toutes les lésions. C'est l'épididymectomie totale. N'oublions pas que l'épididyme est le foyer initial dans la plupart des cas. Que cette opération soit suffisante, cela ressort à l'évidence des résultats publiés par nombre d'auteurs et de ceux que nous publions plus loin. L'épididymectomie n'a aucun des inconvénients de la castration, car elle laisse intacte la seule fonction testiculaire qui persiste, la sécrétion interne ; l'autre fonction est déjà inutile, puisque le déférent est oblitéré. Le testicule ne s'atrophie pas, les malades restent puissants et conservent leur désir. Ajoutez à cela que, n'étant pas une opération mutilatrice, elle est acceptée facilement par les malades. L'épididymectomie totale est indiquée dans la tuberculose chronique à sa première période ; quand les lésions sont très avancées et dans la tuberculose génitale aiguë, on ne peut avoir recours qu'aux opérations précédemment décrites.

Depuis la description de Bardenhauer (1880), la

technique de l'épididymectomie a subi diverses modifications de la part de nombreux chirurgiens ; nous allons diviser les procédés opératoires en deux groupes, suivant la voie d'abord.

I. EPIDIDYMECTOMIE PAR VOIE SCROTALE.

1° Résection atypique (Duplay, Quénu, Tillaux). —

Le testicule saisi de la main gauche, on fait saillir sous la peau le noyau épидидymaire ; s'il est ramolli, on l'ouvre par une incision de 3 ou 4 cm. ; le foyer est vidé, curetté, touché au chlorure de zinc au 1/10 et bourré à la gaze. S'il est ferme, on l'excise largement au bistouri, et l'on réunit les débris de la coque fibreuse au catgut.

2° Résection typique (Bardenhauer, Villeneuve, Humbert).

a) Incision sur la partie antéro-externe du scrotum, d'une longueur de 4 à 5 centimètres, parallèle au sillon interépididymo-testiculaire et permettant l'énucléation du testicule. Si la peau est adhérente ou fistulisée, incision ovale, passant au pourtour des points malades. Incision de la vaginale.

b) Résection de l'épididyme : Incision qui commence au niveau de la queue de l'épididyme et va vers la tête qu'elle contourne pour s'arrêter à la hauteur du pédicule vasculo-nerveux. Superficielle au niveau du repli séreux orchi-épididymaire, elle est profonde et comprend l'albuginée au niveau de la queue et de la tête. On libère d'abord la tête épидидymaire au bistouri sans crainte d'entamer le tissu testiculaire qui souvent, du reste, présente au niveau du corps d'Highmore un foyer qu'il faut extirper. On isole le corps de l'organe en évitant la blessure des gros vaisseaux, cela en tendant les éléments du cordon. On libère la queue et le canal déférent dont on

excise une portion plus ou moins étendue. Suture, hémostase et drain.

II. EPIDIDYMECTOMIE PAR VOIE INGUINALE (technique de Marion).

Partisan de la déférentectomie dans tous les cas, Marion commence par sectionner le cordon, l'isole et ne s'attaque qu'ensuite à l'épididyme, car pendant les manœuvres de l'épididymectomie il arrive souvent qu'on ouvre des abcès ou des fistules qui pourraient contaminer l'incision nécessaire à la déférentectomie.

L'incision commence au-dessus du milieu de l'arcade de Fallope à 3 centimètres d'elle, descend obliquement en se rapprochant de l'arcade et se prolonge verticalement sur la racine des bourses ; c'est, en somme, l'incision de la hernie prolongée. Luxation du testicule dans la plaie inguinale et examen des lésions. On isole le déférent à l'extrémité supérieure de la plaie inguinale. On le lie aussi haut que possible et on sectionne au thermo après avoir mis une pince sur le bout inférieur. On cautérise énergiquement le bout abdominal avant de l'abandonner dans la profondeur.

La dissection du déférent terminée jusqu'à l'épididyme, il s'agit de séparer celui-ci du testicule, en commençant au niveau de la queue. On peut cependant commencer par sectionner la vaginale qui relie les deux organes, sur tout le pourtour au niveau du sillon orchio-épididymaire ; section superficielle surtout à la partie interne de la tête de l'épididyme à cause du voisinage des vaisseaux spermatiques. La séparation des deux organes se fait au bistouri et aux ciseaux, surtout par traction. Au niveau de la tête, après avoir coupé les vaisseaux afférents, qui du testicule vont à l'épididyme,

en les attaquant par la partie externe, on termine par arrachement. On sectionne la collerette vaginale qui entoure le cordon au-dessus de l'épididyme et relie les deux organes. Ceci fait, une simple traction séparera testicule et vaisseaux du cordon et de l'épididyme. L'hémostase est faite très soigneusement et quelques points de suture reconstituent l'albuginée testiculaire si elle a été intéressée lors de la dissection de l'épididyme.

Le cordon remis en place, on refait la paroi antérieure du canal inguinal comme pour une hernie. On place un drain à la partie déclive des bourses dans un orifice créé en ce point.

C'est d'après la technique de Marion qu'ont été opérés les malades dont les observations suivent :

OBSERVATION VI (inérite). — D..., 41 ans, 95^e Infanterie. Épididymite droite, fistule à la face antérieure du scrotum, induration des téguments qui adhèrent à l'épididyme sous-jacent. Epididyme énorme, induré, irrégulier, déférent gros, moniliforme. Les deux vésicules séminales sont injectées, surtout la droite. L'épididyme gauche présente un noyau au niveau de la queue. Intervention le 27 décembre 1916. Incision inguinale droite. Ligature et section haute au thermo du déférent. Luxation de la glande dans la plaie. Ouverture de la vaginale intimement accolée au feuillet viscéral avec nombreuses adhérences aux enveloppes des bourses. Décollement de l'épididyme dont la queue est réduite à un noyau crétaé. Résection. Hémostase. Drainage par contre-ouverture des bourses. Suture. Fistule persistant quelque temps.

OBSERVATION VII (inérite). — V..., 13^e Section E. M. Epididymite bilatérale. A droite : fistule à la face inférieure ; épididyme augmenté de volume et bosselé, déférent gros. A gauche : épididyme énorme, déférent gros. Noyaux durs sur la prostate. Vésicules empatées. Intervention le 3 avril 1917. A droite : incision inguinale,

ouverture du canal et dissection du déférent, ligature haute, section au thermo. L'énucléation du testicule est rendue difficile par des adhérences multiples et très étendues de la séreuse aux enveloppes des bourses. On fait alors une incision sur la face antérieure du scrotum, on détruit toutes les adhérences et on tente de nouveau l'énucléation. Dans ces manœuvres la vaginale cède, et il s'écoule dans la plaie un liquide jaunâtre assez abondant. L'orifice de rupture de la vaginale est agrandi et l'on dissèque l'épididyme énorme et bosselé. Ablation d'un noyau tuberculeux dans le parenchyme testiculaire au niveau du pôle supérieur. Suture de l'albuginée. Hémostase. Réintégration du testicule, drainage, réfection de la paroi. Guérison *per primam*.

A gauche, un foyer tuberculeux a été antérieurement opéré par grattage et cautérisation. Il persiste une petite fistule à la face antéro-inférieure du scrotum. Incision inguinale. Libération du déférent, ligature haute, section au thermo. Enucléation du testicule qui attire avec lui la plus grande partie des enveloppes des bourses, qui se froncent et s'invaginent autour de l'orifice fistuleux. On libère ces adhérences fibreuses. Ouverture de la vaginale ; l'épididyme est bosselé à ses deux extrémités et augmenté de volume. Dissection de l'épididyme, libération et ablation. Attouchement au thermo et cautérisation de l'orifice fistuleux du scrotum. Hémostase. Drain.

Fistule persistant très longtemps après.

Examen des pièces. — a) A droite : Le volume de l'épididyme, irrégulier et bosselé, est le double du volume du testicule ; il présente de nombreux noyaux à des stades d'évolution différents. Déférent hypertrophié à parois épaisses. Pachyvaginalite.

b) A gauche : Epididyme moins volumineux ; noyau fibreux au niveau de la queue, vestige probable de celui pour lequel on est intervenu déjà. Tête turgescente, bosselée, dure. Déférent moins gros qu'à droite.

OBSERVATION VIII (inédite). — N..., 42 ans, 17^e Territorial. Epididymite droite. Epididyme dur, donnant la sensation d'un semis de grains de plomb ; pas de troubles urinaires ; bon état général ; noyaux fibreux sur la prostate et les vésicules. Intervention le 20 janvier 1917. Anesthésie chloro. Incision inguinale ; libération

du déférent et résection au thermo. Luxation du testicule dans la plaie. Incision de la vaginale. Légère hydrocèle à liquide citrin. Dissection de l'épididyme. Quelques noyaux ramollis s'ouvrent. Pus grumeleux. Ablation. Hémostase, attouchement au thermo. Drains.

En février 1919. Très bon état général et local.

OBSERVATION IX (inédite). — S..., 30 ans, 10^e Génie. Epididymite gauche. Noyaux durs et irréguliers répartis sur tout l'organe; déférent gros. Intervention le 19 juillet 1917. Incision inguinale, ligature et section haute du déférent au thermo. Enucléation du testicule. Au niveau de l'épididyme gros, noyau ramolli, caséeux et purulent. Ablation de l'épididyme. Toilette des débris de vaginale. Hémostase. Drainage filiforme. — En 1919, très bon état général et local.

OBSERVATION X (inédite). — M..., 36^e Artillerie. Epididymite tuberculeuse droite suppurée depuis mai 1916. Epididyme gros, bosselé; fistule à la base des bourses près du raphé. Déférent augmenté de volume. Pas de troubles urinaires, mais noyaux sur la prostate et les vésicules.

Intervention le 14 septembre 1917. Incision inguinale; libération du trajet fistulisé du scrotum. Dissection du déférent et section haute au thermo. Luxation du testicule dans la plaie. Dissection de l'épididyme. Vaginale adhérente, très épaissie. Hémostase, cautérisation au thermo. Réintégration du testicule dans les bourses. Drainage filiforme.

OBSERVATION XI (inédite). — R..., Légion étrangère. Epididymite gauche. Pollakiurie. Mauvais état général.

Intervention 2 octobre 1917. Incision inguinale. Dissection du déférent, section au thermo et ligature. Luxation du testicule. Ablation de l'épididyme. Hémostase, attouchement au thermo. Drainage filiforme. Guérison *per primam*.

Pièces: gros noyau à la queue de l'épididyme.

Le malade a repris du service volontairement.

OBSERVATION XII (inédite). — B..., 32 ans, 20^e Train. Orchio-épididymite gauche fistulisée.

Intervention 17 novembre 1917. Même technique pour le déférent. Mais libération de la fistule et luxation du testicule dans la plaie scrotale. Epididymectomie. Hémostase. Drainage filiforme.

Pièce : gros noyaux caséeux de la queue de l'épididyme.

En février 1919, très bon état local, amélioration des troubles vésicaux.

OBSERVATION XIII (inédite). — F..., épididymite gauche.

Intervention le 9 novembre 1917. Technique habituelle. Un abcès épидидymaire s'ouvre en cours de route, pus crémeux. Cautérisation du testicule au thermo et attouchement à la solution phéniquée forte. Drainage filiforme. Guérison *per primam*.

Pièce : la queue et la moitié du corps de l'épididyme présentent de gros noyaux caséeux. Tête indemne. Déférent gros.

En 1919, très bon état local. Puissance génitale conservée. Persistance des troubles vésicaux sous l'influence de la tuberculose rénale.

OBSERVATION XIV (inédite). — B..., 102^e Infanterie. Epididymite tuberculeuse droite.

Intervention 21 janvier 1918. Même technique. Quelques adhérences de la vaginale et un peu de liquide citrin dans la cavité vaginale. Hémostase et cautérisation au thermo. Pas de drainage. Guérison *per primam*.

Examen de la pièce : Epididyme turgescant, très vascularisé au niveau de la tête. Induration au niveau de la queue. Déférent légèrement volumineux.

En 1919, très bon état général et local.

OBSERVATION XV (inédite). — H..., 92^e Infanterie. Epididymite droite tuberculeuse. Intervention 4 mai 1918. Anesthésie chloro. Incision inguinale. Ouverture du canal inguinal. Dissection du déférent; ligature et section haute au thermo. Luxation de la glande dans la plaie. Ouverture de la vaginale. Dissection et abla-

tion de l'épididyme. Hémostase. Réfection des parois. Pas de drainage.

Examen de la pièce : Gros noyau caséux de la queue, tête globuleuse très vascularisée.

En juillet 1919, excellent état général et local.

OBSERVATION XVI (inédite). — B..., 20^e Infanterie. Epididymite tuberculeuse gauche. Intervention le 20 mai 1918. Chloro. Incision inguinale. Libération, ligature et section haute du déférent au thermo. Luxation de la glande dans la plaie. Ouverture de la vaginale. Ablation de l'épididyme. Hémostasé. Attouchement au thermo. Pas de drainage. Guérison *per primam*.

Examen de la pièce : Gros noyaux caséux à la queue de l'épididyme. Pas de lésions macroscopiques du déférent.

OBSERVATION XVII (inédite). — P..., 47^e Infanterie. Epididymite tuberculeuse double. Intervention 17 mai 1918. A droite : Incision inguinale. Même technique que précédemment. Pas de drainage. Guérison *per primam*.

Pièce : Noyau de la taille d'une noisette à la queue, englobant le dernier coude du déférent. Tête globuleuse.

A gauche : Même technique. Adhérence de la^e vaginale et de l'épididyme. Pendant la dissection il s'échappe quelques gouttes de pus caséux. Pas de drainage. Guérison *per primam*.

Pièce : Epididyme pris dans son ensemble ; plusieurs noyaux à des stades différents. Déférent moniliforme.

OBSERVATION XVIII (inédite). — M..., 39 ans, 113^e Artillerie. Epididymite tuberculeuse double fistulisée. Début août 1916. Fistulisation à droite en octobre 1916. Pleurésie en novembre 1916. Troubles vésicaux assez prononcés. Prostate et vésicules envahies. Epididyme à gros noyaux à droite et à gauche. Fistule à la face antéro-inférieure du scrotum des deux côtés. Cordon moniliforme.

Intervention : 28 juillet 1917. Anesthésie éther. Incision inguinale. Libération et section haute au thermo du déférent. Taille d'un médaillon scrotal circonscrivant la fistule ; énucléation du testicule dans cette plaie, résection de l'épididyme et des débris

de vaginale. Hémostase. Drainage filiforme. Même technique des deux côtés.

Examen des pièces : Lésions à peu près semblables à droite et à gauche. Déférent énorme, moniliforme. Gros abcès de la queue de l'épididyme ; le reste de l'épididyme, et en particulier la tête, est sain. Testicule non envahi.

Les fistules ont persisté très longtemps ; mais l'état général s'est amélioré ; les troubles vésicaux se sont atténués.

ETUDE DES OBSERVATIONS

De l'étude de ces observations, il résulte que la technique ordinaire a été modifiée en quelques points, et les résultats opératoires ont montré la valeur de ces modifications.

1° Suppression complète du drain qui laisse des fistules scrotales persistant assez longtemps (Obs. IV, V et VII, observation de Chalié, *Journal d'urologie*, juillet 1919). Les fistules post-opératoires se produisent dans 25 p. 100 des opérations, disent Dellinger et Barney. Elles finissent par guérir, mais souvent nécessitent des curettages ou des attouchements avec des substances chimiques.

2° On le remplace par un drainage filiforme de deux ou trois crins. Chaput avait déjà préconisé le drainage filiforme dans la chirurgie abdominale.

3° Dans les cas où l'épididyme a pu être enlevé sans répandre du pus dans la plaie, on n'a plus drainé du tout et les résultats ont été excellents (Obs. XIV, XV, XVI, XVII, XVIII). Dans certains cas où il y avait eu un peu de pus répandu (Obs. XVII), on n'a pas drainé davantage et les résultats ont été satisfaisants, à condi-

tion de surveiller de près les opérés et de faire sauter un crin, s'il y avait menace de suppuration.

En somme, on réserve le drainage filiforme pour les cas fistulisés, dans lesquels, pour libérer le testicule, on a été obligé de tailler un médaillon dans les parois scrotales. Dans ces cas, on commence par une incision inguinale et ouverture du trajet inguinal; mais, pour éviter de souiller la plaie, on ne luxe plus le testicule dans cette plaie. Après section du déférent et dissection aussi bas que possible vers le testicule, on taille un lambeau scrotal et on fait l'épididymectomie dans cette plaie scrotale après avoir attiré le déférent dans les bourses.

4° Plus d'attouchement du testicule ou de la plaie scrotale avec des substances caustiques fortes, car il faut craindre de sidérer les tissus et de diminuer leur vitalité. On fait, par contre, un « ébarbage » soigné de tout le champ opératoire, une hémostase rigoureuse, et tout ce que l'on se permet, c'est ou bien de faire une fixation iodée, ou bien une cautérisation au thermo, surtout s'il se produit des hémorragies en nappes, impossibles à juguler par une ligature.

5° Enfin, on continue à faire la ligature du déférent aussi haut que possible, bien que l'opinion actuelle de Marion soit contraire : « Je lie le déférent assez bas dans le trajet inguinal pour, dit-il, pouvoir traiter plus aisément une fistule déférentielle qui pourrait se produire. » En fait, ces fistules sont excessivement rares.

A quel moment faut-il opérer ?

Pour ceux qui préconisent le traitement médical et qui espèrent obtenir ainsi la guérison, l'intervention doit être retardée le plus possible et ils ne prétendent

passer la main au chirurgien que quand l'organe est transformé en un abcès purulent.

Nous estimons, d'après l'expérience, que plutôt on opère après la poussée aiguë, plus on a de chance de faire une opération rigoureusement aseptique, et de ne pas être obligé ni de drainer, ni d'enlever des parcelles de la glande, et qu'on a, dans ces conditions, une guérison chirurgicale immédiate, incontestablement plus rapide. « La tuberculose génitale de l'adulte, dit Lapeyre, est une affection locale bénigne, essentiellement chirurgicale. »

Non seulement toute tuberculose ouverte, mais encore toute tuberculose fermée, en évolution progressive, doit être opérée de manière précoce ; de même que quand on a une ostéite épiphysaire on n'attend pas que l'articulation soit prise pour pratiquer un curettage.

A distance, l'épididymectomie hâtive donne aussi d'excellents résultats, car nous avons la prétention de juguler ainsi, de façon plus complète, le processus tuberculeux. N'oublions pas, comme le font remarquer Dellinger et Barney, que la tuberculose épидидymaire devient bilatérale dans 41 p. 100 des cas ; et la double lésion a lieu environ six mois après l'infection primitive. Prostate et vésicules sont infectées dans 75 p. 100 des cas dans un laps de temps qui varie de six mois à un an. Il y a donc indication absolue à pratiquer l'opération dans le plus bref délai.

Doit-on lier le déférent du côté opposé ?

Dans ses « Leçons cliniques », F. Legueu raconte qu'il a plusieurs fois réalisé la ligature et quelquefois la résection du déférent du côté sain, quand il y avait des noyaux volumineux dans la prostate. Dans les cinq cas

qu'il cite, six ans après l'opération le testicule est resté sain. C'est là une sage précaution ; nous pensons cependant qu'il ne faut pas, de parti pris, castrer systématiquement un individu. En le surveillant de près et en agissant de façon immédiate après les phénomènes aigus on est à temps de combattre la tuberculose du côté opposé, si elle se déclare.

Résultats à distance de l'épididymectomie.

Si, au moment de l'opération, les vésicules ou la prostate sont déjà envahies, la suppression du foyer primitif va avoir une influence très heureuse sur l'évolution de ces lésions, qui, peu accentuées, ont une tendance marquée à la guérison spontanée. Les troubles vésicaux, pollakiurie et douleurs à la miction, s'améliorent rapidement ; les fonctions génitales sont conservées intactes. La grande majorité des malades reviennent à la santé et augmentent de poids. On assiste à de véritables résurrections s'il n'y a pas de localisations tuberculeuses ailleurs que sur les organes génitaux. L'état des malades des obs. VIII, IX, XI, XII, XIII, XIV et XV, revus longtemps après leur opération, confirme ces résultats.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement médical, employé seul, n'a que des indications fort restreintes, mais on doit toujours y avoir recours comme adjuvant du traitement chirurgical.

II. — La castration n'est qu'une opération d'exception.

III. — Quand la glande n'est envahie qu'en partie, l'ablation des foyers avec conservation des parties saines de la glande donne de bons résultats..

IV. — Quand le traitement est entrepris à temps, l'épididymectomie par voie inguinale est tout indiquée avec les quelques modifications suivantes à la technique classique :

a) Suppression complète du drainage ou drainage filiforme dans quelques cas particuliers : fistules.

b) Pas d'attouchements des parties malades avec des caustiques forts, mais « ébarbage » soigné et hémostase rigoureuse.

Opération aussi précoce que possible pour avoir de bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Se rapporter à la bibliographie donnée par Marinesco à la suite de son étude sur l'épididymectomie dans le « Journal d'urologie », 1912.

Complément de la bibliographie :

AIMES. — Hélio-thérapie (Thèse de Montpellier, 1913).

ARLOING et DUMAREST. — Indications de l'emploi des tuberculines (Revue de la tuberculose, Paris, 1909).

BOUILLY. — Traité de pathologie externe, 1902.

CABOT HUGLE. — Traitement de la tuberculose génitale (The Journal of the Am. med. Association, décembre 1913).

CHALIER (André). — Épididymo-déférentectomie pour tuberculose chez un sujet castré du côté opposé (Journal d'urologie, juillet 1919).

DELBET. — Progrès médical, 1913.

DELLINGER et BARNEY. — La tuberculose de l'épididyme (The Boston medical and surgical Journal, mars 1909).

— Epididymite tuberculeuse (The American Journal of urology, décembre 1912).

— Tuberculose de l'épididyme (Boston medical and surgical Journal, juin 1913).

- FRANK LYDSTON. — Observations de greffes testiculaires (The Journal of the American med. Association, février 1919).
- FRÈZE. — Thèse de Paris, 1911.
- FOURNIER. — Tuberculinothérapie dans la tuberculose génitale de l'homme (Thèse de Bordeaux, 1917).
- GARDNER. — Vaccinothérapie dans la tuberculose génito-urinaire (Medical Record, octobre 1910).
- GOUHOT. — Air chaud dans la thérapeutique des maladies génito-urinaires (Thèse de Paris, 1911).
- HAAS. — Résultats éloignés de la castration dans la tuberculose du testicule (Beitr. z. klin. Chir., 1901-1903).
- HÉDERER. — Tuberculinothérapie (Thèse de Bordeaux, 1910).
- HOFFMANN. — Tuberculose urogénitale (American Journal of surgery, janvier 1919).
- LAMBERT. — Chirurgie du canal déférent (Thèse de Paris, 1914).
- LAMOISON. — Héliothérapie dans la tuberculose (Thèse de Bordeaux, 1913).
- LAPEYRE. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale (Archives générales de chirurgie, juillet 1912).
- LAVILLE. — Traitement des abcès froids par les injections d'eau oxygénée (Thèse de Toulouse, 1917).
- LYONS OLIVER. — La tuberculose des organes génitaux chez les enfants (The Journal of the Am. med. Ass., décembre 1913).
- MACFARLANE WALKER. — Les voies d'infection de la tuberculose génito-urinaire (The Lancet, 15 février 1913).
- MARION. — Technique chirurgicale, 1917.
- MARINESCO. — L'épididymectomie (Journal d'urologie, 1912).
- MONOD et VANVERTS. — Technique opératoire, 1908.
- PONCET. — La tuberculose de l'appareil génital de l'homme (Bulletin de la Société de chirurgie, avril 1912).

QUINBY (W.).—Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme
(The Journal of the Am. med. Ass., novembre 1918).

SCHЕКTER. — Le drainage filiforme (Thèse de Paris, 1916).

SÉBILEAU et DECOMPS. — Traitement de la tuberculose génitale
(Traité de chirurgie, collection Le Dentu-Delbet).

TÉDENAT. — Leçons de clinique chirurgicale, 1900.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 janvier 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 6 janvier 1920.

Le Doyen,
MAIRET,

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
